



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1991 - DOCTORA, ESTOY AMARILLO ¿QUÉ ME PASA?

M. Rodríguez de Viguri Díaz^a, M. Gómez López^b, M. Moreno Vivancos^a, E. Alonso Osmer^a, E. Sánchez Pablo^a y C. Pérez Peñarrubia^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 45 años. Acude a nuestra consulta por molestias abdominales de predominio posprandial, ictericia, orina colúrica, heces hipocólicas, pérdida de apetito y astenia de dos semanas de evolución. Poco frecuentador. Antecedentes personales: no AMC. No HTA. No DM. Bebedor 2-3 cervezas diarias. No otros tóxicos. Sin otros antecedentes de interés. Sin tratamiento crónico.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Consciente y orientado. Ictericia mucocutánea. Afebril. Abdomen: blando y depresible sin masas ni visceromegalias. Molestias difusas a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Resto normal. Analítica: suero icterico. Glucosa 109, Na 141, K 4,4, bilirrubina total 6,0 (BD 5,4, BI 0,6), GPT 713, GOT 415, GGT 21.666, FA 872, amilasa 59, colesterol 262 (HDL 20, LDL 218), TG 119, Hb 13,1, Hto 35,7%, VCM 89, ferritina 3.310, Ag Ca 19.9 178. Resto normal. Orina: bilirrubina ++. Resto normal. Serología VHA, VHB, VHC negativa. Hiperbilirrubinemia a expensas de la directa con patrón de colestasis. Derivamos a vía rápida de Digestivo y solicitamos ecografía abdominal: sin hallazgos de relevancia. El paciente ingresa, TAC de abdomen con contraste: dilatación de vía biliar intrahepática y colédoco por lesión hipodensa en fase arterial en cabeza de páncreas de unos 25 mm con extensión a surco duodeno-pancreático. Conducto pancreático, hígado, porta, arteria hepática y gastroduodenal, riñones, SR, bazo, intestino normales. TAC de tórax: sin signos de extensión torácica. CPRE: esfinterotomía y colocación de prótesis plástica descompresiva. Toma de biopsias: adenocarcinoma de cabeza de páncreas. Tras ser presentado en comité hepatobiliar, el paciente es intervenido mediante duodenopancreatectomía cefálica reglada.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de cabeza de páncreas.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis, tumores y enfermedades inflamatorias de la vía biliar, procesos que ejercen compresión extrínseca sobre el árbol biliar (adenopatías, pancreatitis, aneurisma arterial, cavernoma portal).

Comentario final: La ictericia indolora se relaciona estrechamente con las neoplasias. El médico de familia puede ser el primero en detectarla mediante la anamnesis, clínica y pruebas complementarias básicas, siendo imprescindible un manejo rápido y bien orientado.

Bibliografía

1. Carlavilla Martínez AB, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8ª ed. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: MSD, 2016.

Palabras clave: Ictericia indolora. Páncreas.